

AVALIACIÓN ESTIMATIVA DO PLAN ESTRATÉXICO DE SAÚDE MENTAL 2006-2011

Asociación galega de saúde mental AGSM-AEN

XUSTIFICACIÓN

En vindeiras datas, publicarase o novo plan de saúde mental de Galicia após un período longo no que, ao primeiro, nada se dixo da vixencia do anterior plan, despois certificouse o seu abandono para, finalmente, permanecer durante anos sen planificación algunha no eido da saúde mental en Galicia.

O desenvolvemento do futuro plan seguiu unha metodoloxía en base a grupos de traballo na cal a asociación galega de saúde mental participou xunto con outros colectivos. Namentres agardamos nos sexa remitido para facer as oportunas alegacións, é necesario matizar que o proceso non podemos cualificalo de completamente satisfactorio, aínda que esperaremos á súa publicación antes de facer unha análise técnica detallada.

Porén, cremos necesario sinalar que até o de agora ninguén fixo un estudo do grao de cumprimento do anterior plan que, por primeira vez en Galicia resultaba dunha auditoría de recursos e de necesidades e dotábase cunha financiación clara e detallada.

Por tal motivo, dende a asociación consideramos necesario poñer en relación o plan estratéxico de saúde mental de Galicia actualmente en elaboración co plan 2006-2011, ao considerar que non existe unha avaliación oficial coñecida do mesmo. Cremos que esta ausencia creba a esencia mesma da planificación e contribúe ao mantemento dos problemas para unha atención acorde cos estándares e recomendacións de todos os organismos nacionais e internacionais relacionados coa saúde mental.

Malia os recortes e o detemento experimentado na axenda social e sanitaria derivado da xestión da crise económica, pode facerse unha aproximación avaliativa tomando como referencia datos do período posterior (2012-2017).

A información obtida permite unha estimación comparativa entre algúns dos datos máis relevantes así como das recomendacións propostas no 2006, fronte a situación do 2017, segundo datos do propio Sergas.

Entre os cambios máis significativos a partires do 2011 están os traslados dende os hospitais psiquiátricos a novas instalacións onde debera reestruturarse o funcionamento como unidades de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria.

Os traslados estaban previstos no plan estratéxico 2006-2001 e producíronse no caso do Hospital Psiquiátrico de Toén (traslado ao Hospital de Piñor), o Hospital Psiquiátrico de San Rafael (traslado ao Hospital de Calde), Hospital Psiquiátrico do Rebullón (traslado ao Hospital Nicolás Peña, non previsto no plan), pero non así no caso do Hospital Psiquiátrico de Conxo.

A lóxica que debera presidir os cambios debera ser o peche de hospitais estritamente monográficos, a preferencia por unha menor dimensión pero con infraestruturas axeitadas e un maior achegamento á comunidade.

En segundo lugar, cómpre sinalar a apertura de dúas unidades de agudos de psiquiatría que substituíron ás anteriores, unha en Lugo (no hospital Lucus Augusti) e outra en Vigo (no hospital Álvaro Cunqueiro).

A avaliación farase atendendo ao esquema do plan do 2006 editado pola consellería de sanidade, atendendo aos datos que nos pareceron máis relevantes nos seus catro apartados. .

1.- OBXECTIVOS XERAIS

1.1. *Desenvolvemento do documento de bases para un plan de saúde mental de Galicia* partindo do decreto 389/1994 de 15 de decembro que regula a saúde mental en Galicia no marco do artigo 20 da *Ley general de sanidad*, inspirado no informe ministerial para a reforma psiquiátrica e en sinerxia coa estratexia de saúde mental do sistema nacional de saúde do 2006.

1.2. *Asegurar aos doentes e ao seu entorno familiar e de coidados a atención axeitada en tempo e forma así como o seu retorno (no caso que requiran hospitalización) á comunidade.*

A tal efecto, potenciaranse os recursos asistenciais non hospitalarios, os dispositivos intermedios e o desenvolvemento dos programas de rehabilitación e recuperación comunitarios así como os programas de integración e inclusión social, potenciando os programas transversais e especialmente a coordinación sociosanitaria.

2.- OBXECTIVOS OPERATIVOS.

2.1. *Demora na resposta asistencial de 30 días para a atención ordinaria e de 15 días para a atención preferente.*

Obxectivo moi lonxe de acadarse.

A situación en 2014 era de 4.000 doentes en listaxe de espera e no 2017 (cifras do Sergas) foi de 8.000 doentes (o 100% maior en tres anos, que ao mesmo ritmo, acadará entre os 9.000 e os 10.000 doentes en 2019).

A demora media no 2017 foi de 2 meses (tamén un 100% maior da proposta nos obxectivos operativos do plan 2006-2001) e, de non corrixirse, seguirá aumentando no 2019.

2.2. *En todas as áreas sanitarias, realizarase a hospitalización psiquiátrica nas unidades de hospitalización psiquiátrica de hospitais xenerais ou complexos hospitalarios do Sergas.*

Obxectivo logrado.

En relación co mesmo, detéctanse dúas desviacións que afastan o obxectivo da idea e o valor que o sustentaba. Dunha banda, a ubicación nalgunhas áreas das unidades de hospitalización psiquiátrica nos hospitais máis periféricos dos complexos, con dificultades para o acceso a todos os servizos e especialidades do hospital xeral. Por outro lado, e ao igual que no resto da medicina en Galicia,

asistimos a un retorno ao hospitalocentrismo, coa posta en funcionamento de dous megahospitais namentres a atención primaria perde recursos e protagonismo.

Así, as unidades de hospitalización psiquiátrica volven ser o eixo do sistema, atraendo outros dispositivos ao seu carón como hospitais de día ou unidades de saúde mental (que deberan situarse nos centros de saúde comunitarios ou centros de especialidades segundo o decreto).

2.3. En todas as áreas haberá unha cobertura de 365 días durante as 24 horas nas urxencias psiquiátricas, tanto hospitalarias como comunitarias ao través dos servizos de urxencias e de psiquiatría (gardas de especialistas) así como do 061 e PACS de Atención primaria, incluído o Programa Acougo do 061 con amparo xudicial e condicións de seguridade para o ingreso involuntario urxente.

Obxectivo basicamente logrado, aínda que pendente do desenvolvemento dun programa de intervención guiada e apoiada polo servizo de saúde mental (Acougo II).

2.5. En todas as áreas sanitarias haberá equipos de continuidade de coidados en saúde mental que ofrezan servizos especializados a domicilio (incluíndo os residentes en pisos protexidos e residencias). Os equipos de continuidade de coidados ofrecerán un programa de alta intensidade de atención a domicilio para aqueles pacientes que o requiran (hospitalización psiquiátrica a domicilio, HADO psiquiátrica).

En todas as áreas sanitarias haberá un programa ambulatorio específico dirixido ás persoas con trastorno mental severo.

Obxectivo parcialmente acadado. Dotáronse todas as áreas de equipos aínda que a estrutura, composición e funcionamento son heteroxéneos. Coa reestructuración do mapa sanitario, logo da última modificación da lei de saúde de Galicia, non todos os distritos dispoñen destes equipos e unha parte da poboación da comunidade fica sen acceso a estes dispositivos.

Os equipos non poden prestar cobertura a todos os doentes que viven en pisos protexidos ou residencias específicas, sendo entón supervisados dende as asociacións de familiares,

Existen tres equipos de HADO psiquiátrica diferentes (áreas de A Coruña, Ourense e Santiago) aos que se propuxeran no plan, dependentes das unidades de hospitalización psiquiátrica. Non coñecemos datos recentes sobre a súa actividade ou funcionamento e o modelo semella máis pensado cara a diminuír días de hospitalización que a proporcionar unha asistencia e uns coidados no que a visita domiciliaria e o entorno do doente sexan axentes de mellora.

Non dispoñemos de datos suficientes ao respecto da posta en marcha de programas ambulatorios específicos para trastorno mental severo. Nalgunhas áreas, a organización só implica que as citas sexan máis frecuentes e cunha maior continuidade asistencial pero sen constatar a posta en marcha

dun programa específico. Tampouco semella que se estea a avaliar nada ou que se xeren datos acerca de esta poboación e as posibles intervencións realizadas.

2.5. En todas as unidades de hospitalización psiquiátrica haberá programas e/ou unidades de Interconsulta e enlace así como de intervención en crise.

Obxectivo logrado para a interconsulta e enlace e sen acadar para as unidades de intervención en crise.

Esta discrepancia garda relación coa aposta por un modelo determinado ou, cando menos, pola preferencia na cobertura duns tipo de intervencións máis medicalizadoras (a urxencia) mentres abandónanse intervencións de corte psicosocial (a crise).

A cobertura mediática no caso de traxedias de grande magnitude, onde amósase o depregue de todo tipo de medios e recursos asistenciais, agocha unha praxe diaria precaria e sesgada.

2.6. En todas as áreas sanitarias haberá unidades e programas de saúde mental infanto-xuvenil (15% poboación de 0-18 anos), unidade de hospitalización infanto-xuvenil de referencia autonómica, unidade de psicoxeriatria (25% da poboación maior de 25 anos), unidade de alcoholismo e outras dependencias legais.

As drogodependencias por substancias dependen do plan autonómico específico da consellería de sanidade (e non do Sergas).

Obxectivo basicamente logrado no caso das unidades de saúde mental infanto-xuvenil, parcialmente logrado na hospitalización psiquiátrica infanto-xuvenil, moi lonxe de acadarse nas unidades de psicoxeriatria e deficientemente logrado nas unidades de alcoholismo e outras dependencias, con moi importantes recortes (como no caso das drogodependencias e o plan autonómico ad hoc).

2.7. En todas as áreas sanitarias haberá unidades de apoio comunitario, pisos protexidos e vivendas de transición, residencias específicas, centros e programas de rehabilitación psicosocial.

Obxectivo parcialmente acadado no caso dos pisos protexidos e vivendas de transición, claramente non alcanzado nas prazas de residencias específicas e claramente mellorable nas prazas de centros de rehabilitación psicosocial.

A normativa establecera unha diferenza entre pisos protexidos e vivendas de transición aínda que, a experiencia neste tipo de dispositivos, parece indicar máis ben a necesidade de precisar a intensidade do soporte necesario para os usuarios.

É preciso unha avaliación detallada destes recursos diante de dous tipos de riscos. Unha variación da lei de coidados inversos, onde os doentes con maiores problemas son excluídos diante dos criterios de admisión, que non son uniformes nin existe un mecanismo claro e equitativo para a

solicitude. Ademais, debera tamén avaliarse a presenza dalgunhas dinámicas características dos antigos hospitais psiquiátricos e que poderían encadrarse no concepto de institucionalismo.

2.8. En todas as áreas dispórase de unidades de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria propia e/ou referencia tanto de coidados especiais como de rehabilitación propiamente dita.

Obxectivo insuficientemente acadado e que require unha avaliación do seu funcionamento previo á redefinición operativa das mesmas e á súa potenciación posterior.

3.-LIÑAS ESTRATÉXICAS

Das liñas estratéxicas cómpre dicir que non se avanzou en ningunha, permanecendo no terreo das boas intencións. Algúns puntos, como a equidade, víronse significativamente afectados logo da perda no sistema sanitario da cobertura universal. A falla de coordinación socio-sanitaria botouse especialmente de menos durante os anos de grave crise económica. O modelo das unidades de xestión clínica foron paralizados pola problemática legal que presentou a súa maneira de desenvolverlas. A falla na protección activa da dignidade e dos dereitos dos doentes quedou reflectida no informe do *defensor del pueblo* en relación ao hospital psiquiátrico de Conxo.

3.1. Equidade: O desenvolvemento da asistencia neste período non camiñou cara a unha distribución equitativa de recursos ou programas de saúde mental. Como exemplos desta realidade pode volver citarse a situación dos equipos de continuidade de coidados, as diferencias na atención ao trastorno mental severo (Coruña, Pontevedra ou Ferrol non contan con unidades de coidados de rehabilitación próximas á poboación e ao resto de dispositivos), as unidades de psicoxeriatria, as ratios de camas nas unidades de hospitalización de agudos nas distintas áreas ou a demora na dotación real de camas de hospitalización infanto-xuvenil no sur da comunidade.

Ademais, a distribución territorial dos CPRL e as vivendas protexidas depende de asociacións de familiares e outras entidades sen ánimo de lucro, da súa iniciativa, a súa capacidade para obter fondos e xestionarse, cunha grande variabilidade entre as diferentes comarcas.

3.2. Continuidade asistencial: Existen dificultades de coordinación dentro dos propios servizos de saúde mental y entre eles e a rede de servizos sociosanitarios, con falla de espazos formais para a mesma en determinadas áreas.

A ausencia de plan específicos para as persoas con trastorno mental severo nos que se faga explícito a responsabilidade do seu seguimento dificulta a continuidade asistencial e, consecuentemente, fomenta a súa cronificación e fenómenos asistenciais ben coñecidos (porta xiratoria, ping-pong) que non mudaron nin melloraron durante o período analizado.

3.3. Accesibilidade: Este principio vulnerouse reiteradamente en varias áreas, en concreto no referente á atención psicolóxica, ao impedir o acceso a esta prestación mediante a derivación sen trabas dende a atención primaria ou outros especialistas.

3.4. Personalización da atención sanitaria: sen avances reais.

3.5. Innovación: sen avances reais.

3.6. Formación: sen avances reais.

3.7. Investigación: sen avances reais.

3.8. Transversalidade-coordinación (especialmente socio-sanitaria): Houbo un retroceso claro, instaurándose durante os anos da crise unha dialéctica entre o social e o clínico con importantes consecuencias na atención ás persoas.

3.9. Interdisciplinaria-equipos-integralidade: Quizabes un dos aspectos do plan nos que se constata un maior retroceso, existindo en todos os dispositivos un malestar entre os profesionais diante da ausencia de espazos e tempos para a coordinación, sacrificada en aras de encher a axenda de doentes e así tentar diminuír as listaxes de espera.

Habitualmente, nas USM non se manteñen reunións de equipo nin intervencións coordinadas entre os diferentes profesionais, retornando de facto a un modelo de consulta-cupo ategada de usuarios.

Na coordinación con primaria non se aprezan avances nin suxerencias algunhas, máis aló de intentar deseñar un modelo de interconsulta electrónica semellante ao existente para outras especialidades, por outra parte moi contestado polos propios profesionais de atención primaria..

A deriva pode caracterizarse por una progresiva burocratización que está a comprometer a eficacia real da rede.

3.10. Xestión clínica, clínica xestionada, gobernanza clínica: Malia a aparición dalgunhas guías clínicas (por exemplo a depresión no neno e adolescente) a organización dos servizos, a

dotación de persoal, as demoras nas citas das axendas...convértenas en inaplicables, deixando como elección unha abordaxe exclusivamente biomédica que se alonga dos estándares deste tipo de documentos.

3.11. Coidado de cuidadores: Ao marxe de programas como o PAIME, non se desenvolveron espazos para a supervisión clínica de casos e a supervisión de equipos, mecanismos que teñen demostrada a súa eficacia na solución de conflitos e do estrés entre os traballadores.

Os programas dirixidos a familiares desenroláronse dende as asociación, descoñecendo os datos sobre da súa extensión, aínda que é moi probable que moitos familiares e achegados de persoas con trastorno mental severo non teñan acceso aos mesmos.

3.12 Protección activa da dignidade e os dereitos dos doentes: os datos relativos aos ingresos involuntarios e as incapacitacións dan conta da carencia absoluta ao respecto de intervencións neste eido durante estes anos. A situación de FUNGA encanto dotación de persoal e número de usuarios ao seu cargo deixa ás claras como é a realidade diaria.

Compre sinalar tamén a ausencia de calquera programa ou intervención dirixida a diminuír as medidas coercitivas en saúde mental, en colisión coas recomendacións dos organismos internacionais con autoridade en relación aos dereitos de persoas con trastorno mental.

3.13 Participación de todos os implicados nos distintos momentos dos procesos de atención sanitaria de saúde mental: a participación dos usuarios nas políticas de saúde mental foi completamente inexistente.

Nas asociacións de familiares, transformadas forzosamente en prestadoras de servizos, a voz dos usuarios foi recollida dun xeito descontinuo e, en ocasións, de maneira puramente anecdótica. Ademais, ao incrementarse na súa complexidade de funcionamento e xestión, a participación das familias comezou a verse máis dificultada.

Por último, as comisión e grupos de traballo do novo plan que estaban relacionados coa participación cidadá e a dos actores implicados, non se continuaron reunindo.

4.- DESENVOLVEMENTO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL, NORMATIVA E DE ATENCIÓN EN SAÚDE MENTAL.

4.1. *Integración do subsistema de saúde mental no sistema xeral de información sanitaria.*

Basicamente conseguido.

4.2. *Inclusión da saúde mental nos obxectivos estratéxicos do Sergas.*

Acadado co plan 2006-2001, esluído dende o 2006 ao 2017 e pendente de recuperar ao través do novo plan.

4.3. *Desenvolvemento normativo.*

Orde de 12 de marzo de 2007 pola que se regula a integración funcional dos centros de alcoholismo e de atención ás drogodependencias non alcohólicas no servizo galego de saúde.

Orde de 29 de xaneiro de 2008 pola que se regulan as unidades de rehabilitación psiquiátrica na comunidade autónoma de Galicia.

Con estas dúas ordes remataba o desenvolvemento normativo do decreto de saúde mental.

4.4. *Desenvolvemento da atención á saúde mental: dispositivos básicos e complementarios.*

1. Unidades de saúde mental (U.S.M.)

Existentes: 34.

Recomendadas no plan: 44.

Actuais (2017): 38.

Déficit respecto a recomendadas: 6 unidades de saúde mental.

Recursos humanos necesarios 12 psiquiatras, 6 psicólogos, 6 DUE, apoio administrativo.

Estimación presupuestaria: ver anexo

Cronograma: segundo a duración do plan estratéxico (remataba no 2011)

2. Hospitais de día (H.D.)

Existentes: 7.

Recomendados no plan: 9.

Déficit respecto a recomendados: 2.

Grao de cumprimento: Do total, 85%. Do incremento previsto, 0%.

Recursos humanos necesarios: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 2 DUE, 2 TCAE, apoio administrativo.

Estimación presupuestaria: ver anexo

Cronograma: segundo duración do plan estratéxico.

3. Equipos de continuidade de coidados (E.C.C.)

Basicamente, de nova creación.

Recomendados no plan: 10.

Actuais: 10.

Déficit ao respecto dos recomendados: non no número de equipos no pero si encanto á súa composición. En concreto, 2 psiquiatras e dous profesionais con perfil de traballador social ou terapeuta ocupacional (para os equipos de Ourense e Pontevedra que só teñen equipo de enfermaría).

Ademais, tanto psiquiatras como traballadores dos equipos adoitan compartir esta actividade con outros programas dificultando un funcionamento eficaz e outorgándolle, de facto, un rol de complementario ou de segunda importancia diante das necesidades que, pola vía dos feitos, se colocan en primeiro lugar.

4. Unidades de hospitalización psiquiátrica no hospital xeneral (U.H.P.)

Existentes (camas): 211.

Recomendadas no plan: 265.

Actuais: 247.

Déficit ao respecto da recomendación: 18 (dúas camas de observación e intervención en crise en cada unha das 9 UHP).

Grao de cumprimento: 67%.

Recursos humanos necesarios: 9 psiquiatras, 9 psicólogos, 9 DUE.

Estimación presupuestaria: ver anexo

Cronograma: segundo duración do plan estratéxico.

5. Unidades de saúde mental infanto-xuvenil (USM I-X)

Existentes: 7.

Recomendadas no plan: 10.

Actuais: 7.

Déficit ao respecto do recomendado: 3.

Grao cumprimento: 70% do total previo. 0% en incremento.

6. Unidade de hospitalización infanto-xuvenil (UHP I-X).

Existentes: 0.

Recomendación no plan: 1 con 15-21 camas (de referencia autonómica).

Actuais: 1 de 7 camas na área sanitaria de Santiago.

Déficit ao respecto do recomendado: entre 8 e 14 camas.

Grao de cumprimento: entre 50 e 33%.

Recursos humanos: 1-2 psiquiatras, 1-2 psicólogos, 6DUE, 6 TCAE. 1 traballador social, 1 terapeuta ocupacional, apoio administrativo.

Estimación presupuestaria: Ver anexo

7. Centro I/A para trastornos graves de conduta do Pedroso (Santiago de Compostela): dependente da consellería de educación con apoio do Servizo de saúde mental-Sergas mediante convenio ad hoc.

Obxectivo acadado no primeiro programa e pendente para casos que requiran alteranativa residencial e terapéutica en fins de semana e períodos vacacionais en nenos e adolescentes que así o requiran.

Cómpre sinalar que o apoio de psiquiatría é realizado polo psiquiatra a cargo do equipo de continuidade de coidados, algo por fóra do sentido común.

O apoio de saúde mental debería realizalo a USM e/ou a USM I-X correspondente segundo a localización da residencia alternativa.

8. Unidades de psicoxeriatría.

Existentes: 1.

Recomendadas no plan: 7.

Actuais: 2.

Déficit ao respecto da recomendación: 5.

Grao de cumprimento: 29% total previo, 16% do incremento.

Recursos humanos necesarios: 5 psiquiatras, 5 psicólogos, 6 DUE, 6 traballadores sociais, apoio administrativo.

Comentario: A UPX de Santiago non ten DUE. A UPX de Vigo non ten traballador social.

9. Unidades de alcoholismo e outras dependencias.

Existentes: 6.

Recomendadas no plan: 7.

Déficit ao respecto do plan: 1 (Pontevedra).

Catro das unidades dependen de convenios que diminuíron ao redor dun 20% polo que debería reaxustarse ao alza a financiación.

10. Unidades de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria.

Santiago: As únicas situadas nas instalacións dun antigo hospital psiquiátrico. As unidades nin sequera mudaron o seu nome permanecendo os carteis das antigas denominacións de acordo aos sectores.

Unidades de coidados de rehabilitación: 2 de 21 camas cada unha.

Unidades de coidados especiais: 3 de 20 (chamada UAE), 22 (chamada coidados totais) e 20 camas (chamada 1BM).

Unidades de coidados residenciais: 4 de 24 (5BH), 36 (URH), 22 (2BM) e 24 (1BH).

Ademais, existe unha unidade de somática con 20 camas na que, nestes anos, deixaron de ingresar os trastornos da alimentación que pasaron a unha unidade propia no hospital de Conxo.

Lugo: Tras o peche do hospital de San Rafael as unidades de rehabilitación trasladáronse ao hospital de Calde.

Unidades de coidados rehabilitación: 1 de 30 camas.

Unidades de coidados especiais: 1 de 28 camas.

Unidades de coidados residenciais: 1 unidade de 31 camas.

Ourense: No hospital de Piñor logo do peche do hospital psiquiátrico de Toén.

1 unidade de coidados especiais (21 camas).

1 unidade de coidados de rehabilitación (25 camas).

1 unidade residencial (24 camas).

Vigo: No hospital Nicolás Peña, con 68 camas.

2 unidades de coidados de rehabilitación.

1 unidade de coidados especiais.

1 unidade de coidados residenciais.

11 Unidades de apoio comunitario (UAC)

11. Centros de rehabilitación psicosocial e laboral (CPRL).

Existentes (prazas): 530.

Recomendacións do plan: 695.

Actuais: 934.

Déficit: non existe.

Grao cumprimento: >100%.

Estimación presupuestaria: 3000 euros/praza/ano.

Cronograma: finalizado.

12. Pisos protexidos e vivendas de transición.

Existentes: 112.

Recomendacións no plan:

-0.7/10.000 habitantes: 186.

-1/10.000 habitantes: 264.

Actuais: 166.

Déficit ao respecto do plan: de 20 a 38 segundo taxa.

Grao cumprimento: de 86% a 75% segundo taxa.

Estimación presupuestaria: 4.500 euros/praza/ano.

Cronograma: cumprimentado.

13. Unidades residenciais.

Existentes: 18.

Recomendacións do plan: 66 segundo taxa de 0.25/10.000 habitantes ou de 133 segundo taxa de 0.55/10.habitantes.

Actuais: 65.

Déficit ao respecto das recomendacións: 1.

Grao cumprimento do plan: 99%.

Estimación presupuestaria: 14.500 euros/praza/ano.

Cronograma: cumprimentado.

CONSIDERACIÓNS FINAIS E CONCLUSIÓNS.

A falla de execución do plan, sobre todo no que se refire ao incremento de recursos sanitarios para o tratamento e a rehabilitación dos trastornos mentais, deu lugar a un colapso da rede asistencial. O abandono das liñas estratéxicas xerou dinámicas causantes dunha práctica clínica e unha organización dos servizos afastada por completo dos obxectivos iniciais.

Unha das consecuencias máis graves derivadas do non cumprimento do plan foi a laminación do modelo asistencial que emanaba do decreto que regula a atención á saúde mental en Galicia, con consecuencias graves tanto na asistencia aos usuarios como nas condicións nas que se viron obrigadas a exercer o seu traballo os profesionais, sen posibilidade real para os equipos e a interdisciplinabilidade, con servizos cada vez máis autoritarios, xerárquicos e discrecionais encanto ás política asistenciais (incluíndo, con carácter xeral, todos os aspectos, dende os dispositivos considerados como prioritarios, o modelo asistencial favorecido ou mesmo as políticas de contratación de persoal).

Non só non se alcanzaron nin de lonxe as previsións do plan 2006-2011 senón que, non existiu planificación algunha durante os anos posteriores a 2011, cando se incrementaron as necesidades da poboación galega, no medio dunha terrible crise económica.

Así mesmo, desbotouse seguir as esixencias normativas da lexislación internacional e estatal, e as recomendacións dos organismos internacionais relacionados coa saúde, cando sinalaban a necesidade de priorizar o desenvolvemento da atención á saúde mental, con especial atención ao trastorno mental severo, a poboación infanto-xuvenil e a dignidade e os dereitos dos pacientes.

Nada se fixo e, dende a conxelación e posterior defunción do plan, os seguintes anos foron tempo perdido, situándose Galicia na cola en moitos indicadores de saúde mental: ratios de profesionais, taxa de suicidio, consumo de psicofármacos, etc.

Un novo plan sen dotación presupuestaria, sen énfase na necesidade dunha coordinación efectiva de todos os axentes implicados, que non defenda a dignidade e dereitos dos doentes de modo inequívoco e con garantía de seguimento e avaliación, non suporá máis nada que papel mollado e unha nova decepción para os profesionais, as familias e os usuarios da rede de saúde mental.

ANEXO para presupuesto RRHH SERGAS de Saúde Mental

Facultativos: Psiquiatras y Psicólogos Clínicos : 2.300 euros/ mes (bruto)

DUE/Enfermeira especialista/ Terapeuta Ocupacional : 1.990 euros/ mes (bruto)

Traballadora Social:1.830 euros /mes (bruto)

TCAE: 1-250 euros /mes (bruto)

A.Administrativo: 1.270 euros/mes (bruto)